

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE - UAS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

CECÍLIA MAYARA SANTOS FEITOSA

**TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: O ACONSELHAMENTO NA
PERSPECTIVA DAS GESTANTES**

**CUITÉ
2014**

UFCC / BIBLIOTECA

CECÍLIA MAYARA SANTOS FEITOSA

TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: O ACONSELHAMENTO NA
PERSPECTIVA DAS GESTANTES

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como exigência obrigatória para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro

CUITÉ
2014



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F311t Feitosa, Cecília Mayara Santos.

Teste rápido anti-HIV na atenção básica: o aconselhamento na perspectiva das gestantes. / Cecília Mayara Santos Feitosa. – Cuité: CES, 2014.

60 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCEM, 2014.

Orientadora: Msc. Janaína Von Söhsten Trigueiro.

1. HIV – teste rápido. 2. HIV – aconselhamento - gestantes.
3. HIV – atenção básica. I. Título.

CDU 616.97

CECÍLIA MAYARA SANTOS FEITOSA

TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: O ACONSELHAMENTO NA
PERSPECTIVA DAS GESTANTES

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como exigência obrigatória para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 02 de abril de 2014.

Prof.^a MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro
Orientadora

Prof.^a Dra. Gigliola Marcos Bernardo
Membro examinador - UFCG

Prof.^a MSc. Édiya Anália Rodrigues de Lima
Membro examinador - UFCG

À minha família, cuja presença foi decisiva na realização deste sonho e a quem devo toda minha vitória. Dedico.

AGRADECIMENTOS

À meu pai **Francisco de Assis Feitosa** (*in memoriam*), com quem pouco convivi mas que me deixou uma herança enorme de sabedoria, dedicação e amor.

À minha mãe **Graça Santos** que me criou, educou e me fez o que sou hoje. A ti mainha, agradeço pela minha vida, pelo esforço dedicado em minha criação e pelo amor incondicional.

Ao meu irmão, **Rodolfo Feitosa**, por ser meu exemplo de determinação e inteligência.

Às minhas tias **Patrícia, Inácia, Lourdes e Margarete**, pelo imenso apoio durante toda minha trajetória acadêmica.

Ao meu esposo, amigo e companheiro, **Max**, minha força, meu equilíbrio. Obrigada pela compreensão, pelo incentivo, pela partilha do dia-a-dia e pela ajuda incondicional. Sem você, meu amor, certamente eu não teria conseguido.

À minha filha, **Beatriz**, que encheu minha vida de amor desde que nasceu e que veio para me mostrar como vale a pena viver. Meu anjo, minha paz, que me fortaleceu com seus afagos e suas mãozinhas carinhosas sempre que precisei.

À minha orientadora **Janaína von Söhsten**, que enriqueceu de maneira tão brilhante este trabalho e que, no decorrer de nossos encontros, se tornou uma amiga. Obrigada Jana (se me permite a intimidade) pela oportunidade do convívio, pelo carinho com que me tratou, pela paciência e compreensão, pelos ensinamentos e legado deixado que me enobreceu como aluna, profissional e pessoa e que me serão úteis para o resto da vida.

À banca examinadora pelo apoio e pelas contribuições que certamente engradeceram este estudo.

Aos amigos **Sandro, Layane, Flaviana, Haline, Bianca, Gilmar e Yasmin** por colorirem de uma maneira muito especial a minha estadia em Cuité. Obrigada amigos pelo carinho, pela partilha de todos os nossos momentos pela presença tão essencial na minha vida. Estarão eternamente comigo, nas minhas melhores lembranças.

Às amigas **Ariclé e Cristiane** que se tornaram extensão de minha família em Cuité e a quem devo muito pelo apoio. Obrigada por sempre se fazerem presentes de maneira tão especial e pela acolhida na reta final.

À todo **corpo docente** do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CES – UFCG, pela formação recebida. Em meio a tantas dificuldades do curso, vocês nos ofertaram as melhores lições que podíamos receber: de luta, de persistência e de coragem.

Às enfermeiras **Karoline Michely, Aldineide, Geresa Lígia e Alexsadra**, que são modelos de profissionais, cujos exemplos pretendo seguir.

Às **gestantes** participantes que participaram da pesquisa.

“O guerreiro da luz olha a vida com doçura e firmeza. Está diante de um mistério cuja resposta encontrará um dia.

Volta e meia diz pra si mesmo: mas esta vida parece uma loucura.

Ele tem razão. Entregue ao milagre do cotidiano, nota que nem sempre é capaz de prever as consequências de seus atos. Às vezes age sem saber que está agindo, salva sem saber que está salvando, sofre sem saber por que está triste.

Sim, esta vida é uma loucura. Mas a grande sabedoria do guerreiro da luz consiste em escolher bem sua loucura”.

Paulo Coelho

RESUMO

FEITOSA, C. M. S. **TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: O ACONSELHAMENTO NA PERSPECTIVA DAS GESTANTES**. Cuité, 2014. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

Desde a descoberta do primeiro caso de AIDS no ano de 1981, esta doença tem se tornado uma epidemia com fenômenos globais e dinâmicos. Por representar uma das enfermidades infecciosas mais importantes no contexto atual, a AIDS tem sido tema de diversas discussões em meio científico a fim de deter a grande disseminação que se mostra complexa por expor um caráter bastante instável. Na tentativa de controlar a exposição da população ao vírus diversas técnicas tem sido utilizadas. Durante o pré-natal, a oferta do teste rápido anti-HIV é um dos métodos utilizados para a detecção precoce da infecção pelo vírus e possível tratamento quando o resultado for positivo. Para que seja realizado de maneira efetiva, uma vez que este teste não é obrigatório, o MS recomenda que seja praticado o aconselhamento pré e pós-teste cujo intuito é resgatar as peculiaridades das gestantes, na intenção de que elas se percebam como autônomas de sua própria saúde e capazes de mudá-la. Neste estudo, buscou-se avaliar a percepção das gestantes que se submeteram ao teste rápido anti-HIV em Unidade de Saúde da Família do município de Cuité-PB sobre o processo de aconselhamento, apontando as potencialidades e fragilidades deste procedimento. O presente estudo é do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Após o cadastro do projeto na PLATBR, o mesmo foi encaminhado ao comitê de ética para apreciação e, após aprovação foi realizada a coleta de dados. Participaram voluntariamente da pesquisa 24 (vinte e quatro) gestantes que realizavam regularmente o pré-natal na ESF do referido município e se enquadravam nos critérios de inclusão elencados. Estas foram entrevistadas individualmente, seus discursos gravados e posteriormente transcritos na íntegra. O material empírico foi analisado por meio de Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Os resultados foram discutidos a partir da Unidade Temática Central intitulada “A visão das gestantes sobre o teste rápido anti-HIV” de onde surgiram duas categorias de estudo: “A realização do teste anti-HIV: dando voz as gestantes” e “A práxis do aconselhamento na prática”, cujas discussões levaram a perceber as limitações do serviço no que diz respeito à realização do aconselhamento. Propõe-se a capacitação de profissionais de nível técnico, para que estes possam desempenhar a função de aconselhadores, como recomenda o MS, com o propósito de melhorar a qualidade de assistência prestada.

Palavras-chave: Aconselhamento. Teste rápido anti-HIV. Cuidado Pré-Natal. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

FETOSA, C. M. S. **QUICK TEST ANTI-HIV IN PRIMARY CARE: ADVICE FROM THE PERSPECTIVE OF PREGNANCY.** Cuité, 2014. 59f. Completion of course work (Bachelor of Nursing). Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB-Cuité, 2014.

Since the discovery of the first case of AIDS in 1981, this disease has become an epidemic with global and dynamic phenomena. Representing one of the most important infectious diseases in the current context, AIDS has been the subject of numerous discussions in the scientific community to halt the big spread that shows complex by exposing a rather unstable character. In an attempt to control the population exposure to the virus several techniques have been used. During the prenatal period, the supply of HIV rapid test is one of the methods used for early detection of virus infection and possible treatment when the outcome is positive. To be done effectively, since this test is not required, MS recommends that the pre and post-test is performed whose aim is to rescue the peculiarities of pregnant women, with the intention that they see themselves as independent of their own health and able to change it. In this study, we sought to evaluate the perception of pregnant women who underwent rapid HIV testing in the Family Health Unit of the municipality of Cuité-PB on the counseling process, pointing out the strengths and weaknesses of this procedure. This study is exploratory and descriptive qualitative approach. After registration of the project in PLATBR, the same was referred to the ethics committee for consideration and approval after data collection was performed. Voluntarily participated in the 24 (twenty four) pregnant women who received regular prenatal FHS in the said municipality. These were individually interviewed, his recorded speeches and later transcribed. The empirical material was analyzed by means of content analysis, the thematic. The results were discussed from the Central Theme Unit entitled "The vision of the women on the rapid HIV test" where there were two categories of study: "The completion of the HIV testing: pregnant women giving voice" and "Praxis counseling in practice, "whose discussions led to realize the limitations of the service with regard to the completion of counseling. It is proposed to train technical professionals, so that they can play the role of advisors, as recommended by the MS, in order to improve the quality of care provided.

Keywords: Counseling. Rapid HIV testing. Prenatal Care. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

ARV – Antiretroviral

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EUA – Estados Unidos da América

ESF – Estratégia Saúde da Família

FR – Folha de Rosto

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

MS – Ministério da Saúde

PB – Paraíba

PLATBR – Plataforma Brasil

PN-DST/AIDS – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

PSF – Programa de Saúde da Família

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

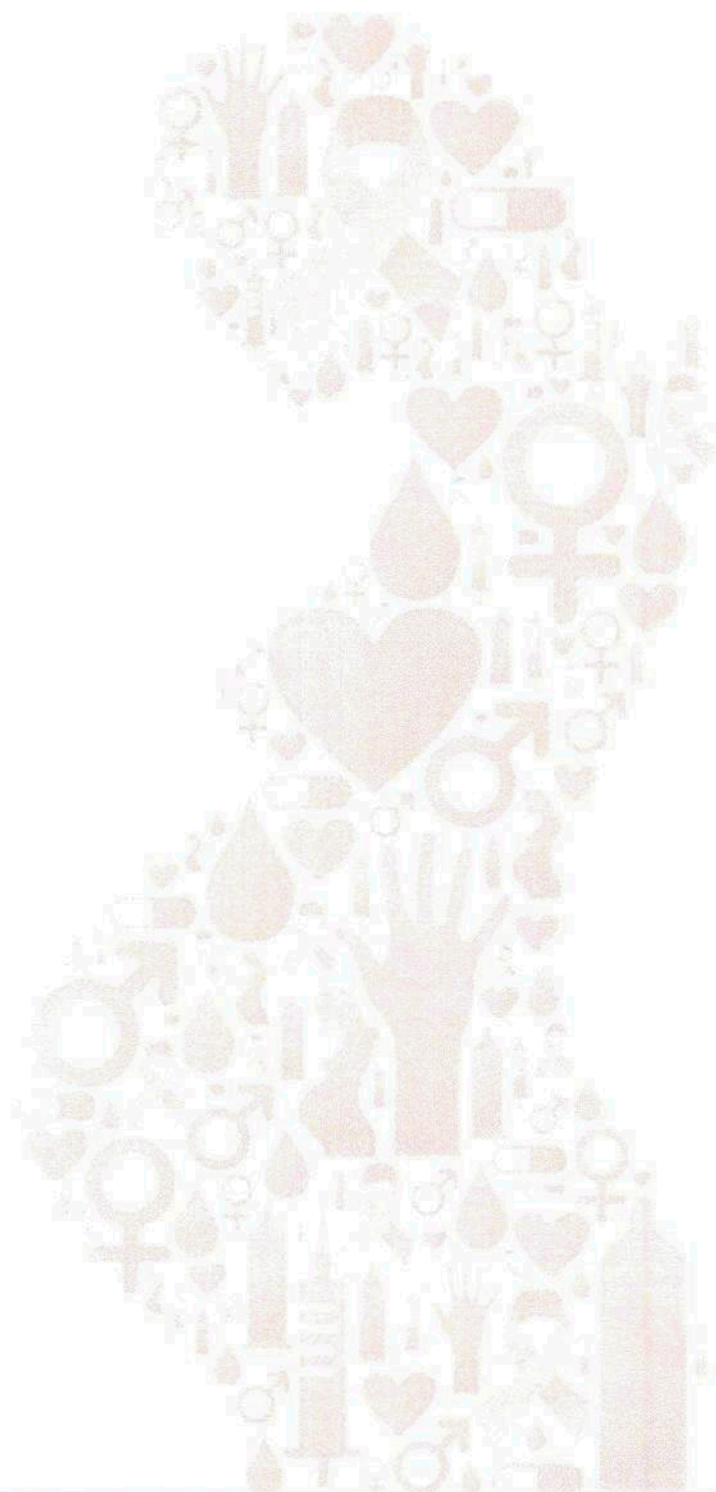
TV – Transmissão Vertical

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Contextualização do Problema e Justificativa.....	11
1.2	Objetivos.....	13
1.2.1	Objetivo geral.....	13
1.2.2	Objetivos específicos.....	13
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1	A Feminização do HIV.....	15
2.2	A importância do Pré-Natal e as repercussões do HIV/AIDS na gestação.....	17
2.3	O aconselhamento para o teste rápido anti-HIV e o papel do enfermeiro.....	19
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	23
3.1	Tipo de Pesquisa.....	24
3.2	Local da Pesquisa.....	24
3.3	População e amostra.....	25
3.4	Instrumento para coleta de dados.....	25
3.5	Procedimento para coleta de dados.....	25
3.6	Análise dos dados.....	26
3.7	Aspectos Éticos.....	26
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	27
4.1	Dados sociodemográficos e obstétricos.....	28
4.2	Unidade Temática Central.....	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	43
	APÊNDICES.....	51
	ANEXOS.....	55



Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema e Justificativa

Em 1981, a descoberta do primeiro caso da *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, eventualmente denominada como AIDS, foi um marco na história da humanidade. Desde então a crescente disseminação do *Human Immunodeficiency Virus* (vírus da imunodeficiência humana) ou HIV e a epidemia da AIDS tem-se tornado fenômenos globais, dinâmicos e instáveis. Esta doença, hoje definida como uma das mais importantes enfermidades infecciosas pela magnitude e extensão dos danos causados às populações, tem sido amplamente discutida no meio científico e na sociedade em geral pela complexidade e dinâmica epidemiológica uma vez que deixa de ser uma grande epidemia e passa a ser percebida como um mosaico de subepidemias (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

No Brasil este contexto não é diferente. A diversidade do país e a heterogeneidade regional refletem uma epidemia multifacetada que vem sofrendo mudanças epidemiológicas visíveis desde seu surgimento no início de 1980 (MALISKA et al., 2009). Segundo Brito; Castilho; Szwarcwald (2000, p. 207) a epidemia da AIDS “depara-se hoje com quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminilização, da interiorização e da pauperização.”

Inicialmente, a AIDS era uma doença cosmopolita limitada aos grandes centros urbanos como Rio e São Paulo e restrita a determinados segmentos populacionais. Ao final da década de 1980 a difusão geográfica da doença em direção aos municípios de interior pôde ser notada, caracterizando a interiorização da epidemia (SOUSA, 2011). O fenômeno da pauperização é outra mudança no perfil do infectado. É caracterizado pela mudança nos extratos sociais atingindo indivíduos com menor escolaridade (FONSECA et al., 2000; SILVA et al., 2010).

A heterossexualização é um marcador importante no que diz respeito à disseminação da infecção por HIV, uma vez que o aumento de transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000). No Brasil, observa-se que a participação feminina nos novos casos de AIDS tem sido superior a masculina e este acréscimo tem sido nove vezes maior. Em decorrência disto, a transmissão materno-infantil passou a compor importante via de infecção entre crianças (MISUTA et al., 2008).

Devido ao aumento do número de casos de AIDS e à complexidade de alguns fatores sociais e culturais responsáveis por este aumento, caracterizado por mudanças ao longo do tempo, uma série de respostas políticas e sociais para prevenção, controle e tratamento da doença fizeram-se urgentes (SOUZA et al., 2012).

Tornou-se necessário a criação de programas voltados para as mulheres e o desenvolvimento de estratégias para prevenção do HIV se tornou imprescindível. Instituiu-se então no Brasil a realização do exame anti-HIV na rotina do pré-natal prevenindo assim a transmissão do HIV da mãe para o bebê, durante a gestação, parto e/ou amamentação. Além disso outras medidas são recomendadas como o uso da terapia antirretroviral, tratamento garantido pelo Ministério da Saúde preconizado para diminuir a chance de infecção de recém-nascidos (SILVA, 2004).

Desde 1988, o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) instituiu a implantação de uma rede de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviços de saúde especializados no diagnóstico do HIV por teste do tipo ELISA, bem como na orientação sobre transmissão e prevenção e são a referência no tratamento quando o resultado é positivo. Os CTA cumprem papel importante na intermediação entre prevenção e assistência tendo como norteador a relação dialógica promovendo o acolhimento e orientando o usuário na decisão de realizar o teste anti-HIV ou não (GRIEP; ARAÚJO; BATISTA, 2005).

Apesar do avanço que os CTA representam com a possibilidade da realização de testes anti-HIV durante o pré natal, o teste ELISA não permite resultados rápidos, limitando seu uso na identificação de pacientes em situação de urgência diagnóstica, como a gestante em trabalho de parto. Para tanto foram desenvolvidos os testes rápidos que permitem a identificação precoce das gestantes portadoras do vírus possibilitando intervenções em tempo hábil para se evitar a transmissão vertical (DUARTE et al., 2001).

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, o Ministério da Saúde implementou a inserção do teste rápido na atenção do pré-natal realizado nas equipes da Atenção Básica como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2012).

Percebendo a necessidade do aconselhamento, o qual deve ser realizado antes do teste anti-HIV e ofertado às gestantes durante o pré-natal, considera-se pertinente avaliar o entendimento destas mulheres acerca do aconselhamento bem como a qualidade deste processo para as mesmas, uma vez que o modo como este procedimento é entendido interfere

diretamente na efetividade da realização dos testes e, conseqüentemente, na possibilidade de evitar a transmissão do vírus, de mãe para filho, durante o período gestacional.

Assim, buscou-se associar a afeição com a temática de obstetrícia à realidade atual de realização do teste rápido anti-HIV na Atenção Básica. Para tanto, surgiram alguns questionamentos: Como é realizado o aconselhamento no pré-teste? Como as gestantes percebem este aconselhamento? Até que ponto o aconselhamento está sendo efetivo para a realização dos testes?

Desse modo, o presente trabalho visa responder tais questionamentos possibilitando a análise de um atendimento de saúde e contribuindo com o município, uma vez que traz, de maneira condizente com a realidade, a qualidade de um serviço prestado sob a ótica do usuário. Salienta-se que a realização deste estudo é justificada pela escassez de trabalhos que abordem a temática, uma vez que este é um assunto novo inserido há pouco tempo na realidade do serviço da Atenção Básica, o que certamente contribuirá com a comunidade científica.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar o processo de aconselhamento sob a ótica de gestantes que se submeteram ao teste rápido anti-HIV em Unidades de Saúde da Família do município de Cuité-PB.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes;
- Analisar o significado da realização do teste rápido anti-HIV para as gestantes;
- Apontar as peculiaridades do aconselhamento realizado pelos profissionais no ponto de vista das gestantes.



Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A feminização do HIV

Os primeiros casos de AIDS surgiram nos Estados Unidos da América (EUA), onde homens jovens morriam de forma súbita, combinados em geral por quadros de pneumonias comuns. Notava-se a diminuição dos recursos do organismo em manter o corpo imune. Ao mesmo tempo em que se buscava uma resposta para tamanho surto, percebia-se que a incidência da doença era quase que totalmente vinculada a homossexuais masculinos (MORAIS, 2006).

No Brasil, a AIDS surgiu no início da década de 1980 em um contexto de mobilização popular, no princípio da derrocada do regime ditatorial imposto pelo militarismo. Tal fato foi o apogeu da união de grupos sociais rurais e urbanos que se organizaram em busca de uma renovação política. Esses movimentos sociais construíam uma nova noção de cidadania, evidenciando as contradições econômicas e sociais que afligiam a sociedade brasileira e era responsável pela tamanha exclusão social. Desse modo, esse foi o ponto de partida para o surgimento do movimento homossexual na sociedade brasileira, marcado como forte representante na luta social contra a AIDS, cujos homossexuais foram precursores na reivindicação de respostas governamentais voltadas ao enfrentamento da epidemia. Vinculou-se então a homossexualidade à história da AIDS, conhecida como “peste gay” ou “câncer gay” (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Em meados dos anos 1990 a epidemia começou a ter uma disseminação entre os heterossexuais, que constituem hoje a categoria de exposição sexual com maior número de casos notificados. Nesse processo de heterossexualização, os casos tenderam para a população feminina, caracterizando assim a feminização da AIDS, envolvendo populações mais vulneráveis, nas quais as mulheres estão inseridas (HENRIQUES; LIMA, 2009; SOUSA, 2011).

Concomitantemente ocorreu a associação com as camadas sociais mais desfavorecidas, fato conhecido como pauperização. Nessa trajetória da AIDS no Brasil, é visto que a doença que antes afetava grupos de risco passou a ser percebida como aquela ocasionada pelos comportamentos de risco, sendo caracterizados pela vulnerabilidade de exposição (SOUSA, 2011).

Desde o início da epidemia, discussões sobre o comportamento que levaria ao risco de infecção do HIV são evidentes. Inicialmente, o termo “grupo de risco” era usado para denominar as pessoas que tinham uma conduta de vida entendida como impetuosa,

considerando apenas o comportamento individual. Gradativamente, este conceito foi sendo alargado passando-se a considerar também fatores políticos e econômicos que favoreciam a disseminação da infecção. Desse modo, o conceito de risco individual progrediu para uma concepção mais ampla, de vulnerabilidade social, onde um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, resultava em maior susceptibilidade à infecção (MALISKA; PADILHA; SILVA, 2011). À vista disso, a análise da vulnerabilidade pondera a relação entre os aspectos individuais e sociais que perfazem o contexto nos quais os indivíduos estão inseridos. Admite o cunho social da doença, não mais analisando a infecção pelo HIV sob a perspectiva de grupos de risco, mas considerando que a exposição ao vírus pode ocorrer passivamente (BEZERRA et al., 2012).

No que tange ao sexo feminino, a vulnerabilidade tem se tornado estática, na mesma medida que se torna notável nos dados epidemiológicos. Percebe-se que, apesar da diminuição de casos na população em geral, a partir do ano 2000, a tendência não se repete na população de mulheres. O incremento no número de gestantes infectadas, por exemplo, mostra a condição global da infecção entre o sexo feminino, pois uma massa considerável de infectadas encontra-se em idade reprodutiva e em relacionamentos fixos, quais sejam o casamento, a união estável, o namoro prolongado, isto é, são monogâmicas (GUILHEM; AZEVEDO, 2008).

Segundo Guedes et al.(2009), o mito do relacionamento estável é um fator que contribui para a característica da feminização, pois ultrapassa a crença pessoal da mulher, atingindo também a sociedade em geral e os profissionais de saúde que não incluem as monogâmicas no rol de pessoas vulneráveis. Ocasionalmente a monogamia pode ser considerada como fator de proteção contra o HIV, contudo, deve existir uma reciprocidade entre o casal, o que muitas vezes não acontece. Em uma investigação realizada pelo autor supracitado, o qual analisou 25 mulheres portadoras de HIV/AIDS, confirmou que mais da metade das infectadas tinha parceiros fixos ou era viúva. Logo, a monogamia é configurada como um comportamento que reduz o índice de transmissão do HIV, quando vivenciada pelo casal.

Nesta realidade, verifica-se que a cultura relacionada à vida sexual na qual mulheres e homens estão socializados é um dos fatores que contribuem para a disseminação da AIDS. No caso da transmissão sexual, as diferenças de gênero são representantes ativos do que é definido como peculiaridade do homem e da mulher, deixando-os ainda mais vulneráveis. Na verdade, a cultura machista fragiliza os homens, uma vez que os pressiona a serem impulsivos sexualmente, estimulando uma vida sexual múltipla a fim de vivenciarem a masculinidade em

sua plenitude. Além dessa falsa premissa, são designados a entender que o uso do preservativo diminui o prazer e dificulta o controle sobre a parceira. Tais condicionantes de gênero impedem a adesão ao sexo seguro e/ou a proteção das mulheres com quem têm relações sexuais, o que contribui diretamente para a vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS (MATOS et al., 2009).

Outro aspecto que colabora para a elevação do número de casos no sexo feminino se destaca quando são apontadas suas características biológicas e anatômicas, gerando uma taxa de transmissão do HIV, de homem para mulher, duas a três vezes maior que a da mulher para o homem. A mucosa genital feminina é menos espessa, tem uma superfície de contato maior e é de difícil acesso para a higienização. Ademais, o sêmen contaminado pelo HIV tem maior carga viral que a secreção vaginal, aumentando as chances de infecção (GUEDES et al., 2009).

Assim, com o aumento da prevalência do HIV nas mulheres, grande parte em idade reprodutiva, o número de casos aumenta também em crianças, uma vez que estas podem ser infectadas pela mãe durante o período intrauterino, trabalho de parto, parto ou pela lactação, caracterizando assim a transmissão materno-infantil ou Transmissão Vertical (TV). Dentre os fatores associados à TV, destacam-se a alta carga viral materna, a ruptura prolongada das membranas amnióticas, a presença de infecção sexualmente transmissível, o tipo de parto, a prematuridade e o uso de drogas (KONOPKA et al., 2010).

Para que se possa diminuir o risco de TV, é necessária a intervenção dos profissionais de saúde a fim de sensibilizar a população, sobretudo as gestantes no que diz respeito às medidas preventivas. Neste caso, a educação em saúde é uma ferramenta fundamental para auxiliar na mudança de atitudes e comportamentos. Tendo em vista que o processo educacional vai além da informação ou aconselhamento, o papel educativo da equipe de saúde deve ser baseado na comunicação dialógica, de forma que amplie os conhecimentos existentes sobre o vírus HIV, gerando assim uma efetiva compreensão (BROTAS; MELO, 2009).

2.2 A importância do Pré-Natal e as repercussões do HIV/AIDS na gestação

A gravidez pode ser apreendida culturalmente como um percurso permeado de significados e sentimentos que relacionam a mudança da condição social de mulher para mãe (CARNEIRO; COELHO, 2010). O período da gestação traz consigo novas percepções frente aos sentimentos, suscitando a readaptação da rotina e dos papéis dentro da família. Segundo

Carvalho et al. (2009) muitas vezes é durante a experiência desse processo de ajustes e transformações que algumas mulheres descobrem-se infectadas pelo HIV. Mediante a descoberta, muitas delas vivenciam um profundo sentimento de culpa e medo por colocar o filho em situação de risco. A possibilidade de infectar o filho contrapõe-se a concepção idealizada da maternidade, que coloca a mulher como aquela que, socialmente, tem o dom de gerar vidas.

É interessante ressaltar o dito por Costa et al. (2010), pois é afirmado que é na fase da gestação que a mulher tem o maior contato com os serviços de saúde, configurando-se como importante ocasião para uma assistência direcionada à promoção da saúde, prevenção e rastreamento de enfermidades. Neste atendimento, conhecido como pré-natal, é quando essas ações são implementadas, com especial foco no binômio mãe-bebê. Para tanto, o MS provê a realização do acompanhamento pré-natal, no sentido de garantir o desenvolvimento da gestação, de modo a permitir um parto saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais (BRASIL, 2012).

Ainda no que concerne a esse tipo de assistência, o MS ratifica que um dos principais propósitos do acompanhamento pré-natal é o acolhimento à mulher, assegurando a escuta qualificada e o respeito as suas singularidades (BRASIL, 2012). Além disso, Costa et al. (2010) mencionam que o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades das gestantes, de modo integral e humanizado, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos frente aos recursos físicos, humanos e insumos adequados, isto é, manter uma boa estrutura local, profissionais capacitados e os materiais necessários.

Iniciar precocemente o pré-natal é primordial para uma assistência adequada e preventiva. Conforme a Portaria nº 569/2000 do MS, o número de consultas deve ser igual ou superior a seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, sendo distribuídas em uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2000).

A solicitação de exames complementares nas consultas é bastante relevante, pois permite a identificação, geralmente precoce, de alterações que possam interferir na gestação. Dentre os principais exames, se destacam: o hemograma; a tipagem sanguínea e o fator Rh; Coombs indireto, se necessário; glicemia de jejum; teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL; teste rápido anti-HIV; toxoplasmose IgM e IgG; sorologia para hepatite B; exame de urina e urocultura; ultrassonografia obstétrica; citopatológico de colo de útero. Sobre o teste anti-HIV, este deve ser ofertado ainda na primeira consulta e deve ser orientada a repetição no início do terceiro trimestre gestacional, após consentimento (BRASIL, 2012).

Desse modo, complicações e agravos obstétricos são preveníveis à medida que se realiza um pré-natal de qualidade, incluindo agravos ocorridos durante o período gestacional, parto e pós-parto. Do mesmo modo, as enfermidades não detectadas/tratadas são marcadores de um atendimento de baixa qualidade (MARTINS et al., 2012).

O HIV/AIDS, se descoberto tardiamente, pode apontar má qualidade da atenção pré-natal, já que é de fácil diagnóstico por meio do teste rápido, e possui tratamento amplamente reconhecido e disponível. Tal doença está entre as responsáveis pela morte materna indireta, percebida como aquela "resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez [...] que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez" (SARACENI; GUIMARÃES; THEME-FILHA, 2005 apud SILVA, 2010 p. 6).

Associado a infecção materna está o risco de Transmissão Vertical (TV), cuja prevenção é prioridade do Programa Nacional de DST/IDS, do MS. Para tanto, é ofertado a todas as gestantes durante a realização do pré-natal o teste anti-HIV, no intuito de detectar a infecção e iniciar o tratamento com antirretrovirais (ARV) o mais breve possível (ARAÚJO; VIEIRA; ARAÚJO, 2009).

A garantia de realização do teste anti-HIV em gestantes constitui a primeira etapa de prevenção da TV desse vírus, já que diante do resultado positivo, podem ser tomadas medidas que visam à diminuição desse tipo de transmissão. Logo, falhas na cobertura diagnóstica impossibilitam, efetivamente, a adoção precoce das medidas profiláticas e a eficácia do tratamento (FEITOSA et al., 2010).

De acordo com Araújo, Vieira e Araújo (2009), apesar de ser considerada estratégia prioritária, a oferta desse teste no pré-natal bem como a garantia da terapia antirretroviral (TARV) para gestantes infectadas não pressupõe uma concreta redução nas taxas de TV. Se faz necessária a realização de práticas educativas que contribuam para o entendimento por parte das gestantes, acerca da importância da realização do teste e da conduta a ser adotada após o resultado, sendo imprescindível para a inclusão das práticas de aconselhamento pré e pós-teste.

O aconselhamento, portanto, deve ser realizado na intenção de prover apoio emocional e contribuir para que as gestantes, com sorologia positiva, possam receber o resultado e, espontaneamente, aderir ao tratamento (BARROS et al., 2011).

2.3 O aconselhamento para o teste-rápido anti-HIV e o papel do enfermeiro

A efetividade da prevenção da TV está sujeita à identificação de todas as gestantes infectadas o mais precocemente possível. Para tanto, o MS, desde o ano de 1997, recomenda através da Política Nacional para Prevenção da TV, que o teste anti-HIV seja ofertado durante o pré-natal e que este seja acompanhado pelo aconselhamento pré e pós-teste, não sendo atrelado a um comportamento de risco por parte das gestantes, além da quimioprofilaxia com Antirretrovirais (ARVs), caso o resultado seja positivo. Apesar da alta cobertura do pré-natal no Brasil, muitas gestantes não se submetem a este teste, seja por dificuldade de acesso ou pela baixa qualidade da atenção. Neste prisma, é imperativo garantir o aconselhamento eficaz que alcance o consentimento da mulher para realizar o teste a ela ofertado e ainda que assegure o acesso e o sigilo, uma vez que dentre as formas de transmissão do HIV a vertical é a única que pode ser erradicada (MISUTA, 2008).

A política de testagem e aconselhamento teve início nos EUA no ano de 1985, quando começou a ser disponibilizado a testagem anti-HIV, gratuitamente, fora dos bancos de sangue (SOARES; BRANDÃO, 2012). No Brasil, também na década de 1980, a organização de uma rede de serviços foi montada com a finalidade de promover o acesso à população de maneira anônima e voluntária a informações sobre a doença, às medidas de prevenção e serviços relacionados à AIDS, denominada Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Já nos anos 1990, como resultado da mudança no perfil da epidemia, os CTA tiveram seu papel alterado. Foram incorporadas novas tecnologias para promover o diagnóstico precoce da infecção ampliando o número de usuários do serviço e integrando o teste rápido a fim de introduzir o tratamento (GRANGEIRO et al., 2009).

Para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV, de forma a garantir a voluntariedade na realização do exame, o CTA foi posto, desde então, como serviço de atendimento, inclusive das demandas espontâneas que teria como atuações essenciais o aconselhamento e a confidencialidade (PEREIRA, 2011).

Transformações no perfil epidemiológico da AIDS determinaram outros meios de acesso a informações e serviços. Assim, houve a descentralização da testagem do HIV e do aconselhamento pré e pós-teste, distribuindo-os para outras unidades de saúde como centros de referência para doenças sexualmente transmissíveis (DST's), serviços de atendimento especializado (SAE) para pessoas vivendo com HIV/Aids e, mais recentemente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta última compõe um importante desafio para gestores e profissionais de saúde, já que durante o pré-natal a aceitação das mulheres ao exame anti-HIV

ainda é pouco considerada, o que remete aos entraves existentes para a realização do aconselhamento e testagem na AB (BENAZZI et al., 2012).

Para Pereira (2011), o aconselhamento é a etapa que antecede o teste anti-HIV e deve ser percebido como um procedimento de escuta ativa e individualizado, implicando na capacidade de estabelecer um vínculo entre os usuários e profissionais. Tem como objetivo resgatar as peculiaridades dos sujeitos, na intenção de que estes se percebam como autônomos de sua própria saúde. Tal processo é cultivado a partir do apoio emocional que lhe é dado e de medidas educativas e trocas de informações acerca do HIV/Aids. Ademais a avaliação dos riscos junto ao usuário, deve oportunizar reflexões sobre condutas, valores e alternativas para o enfrentamento da doença, provocando também a criação de novas percepções a respeito da adesão às práticas seguras e ao tratamento.

O aconselhamento é uma prática educativa de prevenção extensa, que ultrapassa a esfera do diagnóstico laboratorial e que traz contribuições significativas no que tange à qualidade das ações em saúde. Pode ser desenvolvido em várias ocasiões, e não deve se limitar a oferta do teste anti-HIV. Deve ser um artifício continuado, implantado nas atividades das unidades de saúde e articulado aos programas assistenciais já desenvolvidos. Conseqüentemente, o aconselhamento cumpre função essencial na estratégia de ampliação da testagem sorológica para o HIV e se reafirma como elemento básico para a atenção integral à saúde, assegurado através da relação de confiança criada entre o profissional e o usuário (BENAZZI et al., 2012).

Quanto ao aconselhamento pré-teste, este pode ser realizado de maneira coletiva ou individual, sendo facultado ao profissional da UBS escolher de que forma deseja agir. O aconselhamento individual envolve as experiências relativas à individualidade e intimidade do usuário. Já no de grupo, são pontuadas ações educativas em que o aconselhador define como será a exposição das orientações (HENRIQUES; LIMA, 2009).

Vale ressaltar que, independentemente do tipo de abordagem, o método deve beneficiar a troca de conhecimentos e vivências, pois é preciso ir além da transferência de informação, sendo obrigatório saber acolher e ouvir atentamente as ansiedades e inquietações da demanda. O aconselhamento pós-teste, isto é, que precede a entrega do resultado do exame, deve ser realizado de maneira individual, a fim de resguardar a gestante. Percebe-se que qualquer que seja o tipo de aconselhamento, coletivo ou individual, exerce papel fundamental na aceitação e realização do teste pela gestante, pois o laço formado entre esta e o profissional pode favorecer a adesão ao tratamento (ARAÚJO; VIEIRA; GALVÃO, 2011).

Duarte, Borges e Arruda (2011) pressupõem a considerável atuação do enfermeiro nas atividades de educação e saúde por colaborar para a compreensão de conhecimentos fundamentais para a adoção de práticas que estimulem um estilo de vida salutar. O pré-natal de baixo risco na AB, realizado pelo enfermeiro, visa o monitoramento da gestação identificando de maneira precoce as pacientes potencialmente desfavoráveis sendo estas encaminhadas para acompanhamento médico (VIEIRA et al., 2011).

É válido frisar a colocação de Matos, Rodrigues e Rodrigues (2013), os quais mencionam a atuação do enfermeiro na AB, já que este, em sua formação acadêmica, é habilitado para realizar a consulta de enfermagem e a assistência ao pré-natal de baixo risco. Esses procedimentos são respaldados pela Lei 7.498/86 e Decreto 94.406/87 que regulamentam o Exercício Profissional da Enfermagem e a Portaria do MEC 1721/94, que confere ao enfermeiro a habilitação necessária para o exercício dessa função.

Cunha (2008) ressalta ainda que a atuação do enfermeiro na consulta pré-natal oferece assistência integral clínico-ginecológica e educativa para que a mulher possa ter uma gestação sem maiores intercorrências e um bebê saudável. A assistência educativa é instrumento de relevância, pois tem como intenção garantir a melhoria da qualidade do pré-natal através de ações preventivas e promocionais a gestante. Também é solicitado do profissional, não somente competência técnica – científica, mas sensibilidade para entender o ser humano através de sua capacidade de percepção e comunicação baseada na escuta e na relação dialógica.

Assim, as práticas educativas tradicionais que posicionam o profissional como detentor do conhecimento devem ser substituídas por conversações nas quais a individualidade do usuário é respeitada e os conhecimentos deste são considerados para a adesão de comportamentos mais saudáveis. Nesse sentido, o enfermeiro como profissional aconselhador deve construir um vínculo formalizado pelo diálogo que permita conhecer a realidade da pessoa aconselhada e que possa conduzi-la a assumir uma posição de autonomia como direcionadora de sua própria vida, possibilitando-a transformá-la (FEITOSA et al., 2010).



Considerações Metodológicas

permitir a troca de saberes, considerando as vivências e experiências das gestantes e dos profissionais bem como as singularidades de cada mulher.

Os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes e que buscam devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério, considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos e uma experiência especial no universo feminino (RIOS; VIEIRA, 2007).

Para os mesmos autores, a educação em saúde permitirá o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Assim, o processo educativo é essencial não só para a aquisição de conhecimento sobre o gestar e o parir, mas também para fortalecer as concepções de cada mulher como cidadã.

Neste ínterim, a escuta qualificada é um subsídio fundamental para sobrepor a comunicação dialógica à prática de regulação e de controle, sendo uma tecnologia leve, da qual o profissional lança mão para otimizar as reflexões propostas durante o procedimento do aconselhamento. Pupo e Ayres (2013) afirmam como imperativa uma prática voltada para a escuta qualificada e a comunicação, sendo assim possível o acesso a emoções, sensações e significações particulares, aproveitando as riquezas e possibilidades ofertadas por esse campo interpessoal.

Mediante a leitura de materiais que tratam acerca da escuta qualificada e compreendendo-a como algo que não é utópico e pode ser real, atrevemo-nos a conceituá-la como aquela cujo profissional se abstém das técnicas normativas ou categóricas para ouvir o cliente de maneira livre, objetivando conhecê-lo e não julgá-lo, percebendo-o no seu meio. A proposta é de formação de uma identidade do usuário, é uma construção compartilhada de uma relação despida de pré-conceitos ou pré-juízos que oportunize ao usuário falar abertamente sobre sua concepção de vida e ao profissional compor uma comunicação pautada nesta concepção.

Tal conceito ratifica a necessidade de uma relação dialógica na consulta de pré-natal, pois a possibilidade do diálogo favorece uma assistência mais humanizada, já que propõe uma relação de confiança entre o profissional e a gestante, a fim de assegurar a condução do atendimento de maneira dinâmica e fomentar a conversação com vistas em novas experiências e expectativas.

Contudo, ao olhar a realidade das práticas, percebe-se que estas ações de educação em saúde ainda estão pautadas na transferência de informações. A escuta sensível é substituída por um modelo de receituário verbal com prescrições do que deve ou não ser feito, sem

3.3 População e amostra

A população do estudo se compôs por todas as gestantes do município de Cuité. Segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no momento da pesquisa 96 grávidas faziam acompanhamento pré-natal.

Já a amostra foi aleatória e, de modo a garantir uma uniformidade do grupo amostral, estabeleceram-se como critérios de inclusão: gestantes alfabetizadas, maiores de 18 anos, devidamente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família e que estivessem realizando regularmente o pré-natal; gestantes que já haviam realizado o teste rápido anti-HIV e que concordaram em participar voluntariamente do estudo, mediante assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

É de suma importância mencionar que, no momento da coleta, uma das cinco unidades supracitadas não estava realizando o teste rápido anti-HIV, inviabilizando o quantitativo total esperado para a amostra, conformando-se em 24 participantes.

3.4 Instrumento para coleta de dados

A fim de coletar os dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo questões objetivas e subjetivas, as quais atenderam os objetivos propostos pela pesquisa.

Segundo Minayo (2006) o roteiro é um instrumento que norteia a conversa, pois amplia e aprofunda a comunicação. Além disso, por ter um apoio na sequência das questões, também é chamado de semiaberto, facilitando a abordagem e assegurando, sobretudo, aos investigadores inexperientes que suas suposições ou seus pressupostos serão garantidos durante a conversa.

3.5 Procedimento para coleta de dados

O primeiro passo foi o cadastro na Plataforma Brasil (PLATBR), o qual gerou a Folha de Rosto (FR), documento que identifica o estudo e necessita de assinaturas específicas. Simultaneamente, foram providenciadas as assinaturas do Termo de Autorização I (ANEXO

A), Termo de Autorização II (ANEXO B), Termo de Compromisso dos Pesquisadores (ANEXO C) e Termo de Submissão do Projeto de TCC na PLATBR (ANEXO D).

Após a autorização por escrito, os termos mencionados foram anexados juntamente com a FR à página *online* da PLATBR, quando o projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Após a apreciação do CEP (ANEXO E), a coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2013, de acordo com o horário disponível da pesquisadora. Foram realizadas visitas às USF's, quando a mesma abordou as gestantes, convidando-as a participarem da pesquisa, explicitando a sua finalidade e esclarecendo sobre a garantia do anonimato da identidade daquelas que aceitassem fazer parte da amostra. Salienta-se que as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

3.6 Análise dos dados

Para analisar os dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Este é um método característico da pesquisa do tipo qualitativa, pois se trata de um conceito construído para se obter respostas teórico-metodológicas, se diferenciando de outras abordagens (MINAYO, 2006).

Convém acrescentar a descrição de Bardin (1979, p. 42 apud MINAYO, 2006), que se refere a esta técnica como sendo:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Esta investigação teve como base a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Esta atendeu fielmente os fundamentos éticos e científicos pertinentes e assegurou o respeito ao participante em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, considerando sua vontade de contribuir ou não com a pesquisa (BRASIL, 2013).



Análise e Discussão dos Resultados

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Dados sociodemográficos e obstétricos

Para a caracterização das gestantes participantes da pesquisa, foi utilizado um roteiro contendo questões acerca das informações sociodemográficas, tais como: idade, escolaridade, renda familiar, ocupação e estado civil. Também foram investigados os dados obstétricos: trimestre de gestação, número de gestações, paridade e se tinha ou não sofrido abortamento, como pode ser verificado nos Quadros 1 e 2.

É oportuno referir que, para resguardar o anonimato das colaboradoras, foi utilizada a nomenclatura de Gestante 1 (G1), Gestante 2 (G2), Gestante 3 (G3)... e Gestante 24 (G24).

Quadro 1: Dados Sociodemográficos das participantes da pesquisa. Cuité-PB, 2013.

	Idade	Escolaridade	Renda Familiar	Ocupação	Estado Civil
G1	27	EM incompleto	Menos de um SM	Dona de casa	Casada
G2	29	EM completo	Dois a três SM	Vendedora	União Estável
G3	18	EM incompleto	Dois a três SM	Estudante	União estável
G4	29	EF completo	Menos de um SM	Dona de casa	União estável
G5	31	EF incompleto	Menos de um SM	Dona de casa	Casada
G6	22	EM completo	Um SM	Vendedora	União estável
G7	19	EM completo	Um SM	Dona de Casa	Casada
G8	18	EM incompleto	Um SM	Dona de casa	Solteira
G9	32	EF completo	Menos de um SM	Dona de casa	União estável
G10	20	EM completo	Menos de um SM	Dona de casa	Casada
G11	32	EF completo	Um SM	Dona de casa	Casada
G12	28	EF incompleto	Menos de um SM	Agricultora	Solteira
G13	22	EF completo	Menos de um SM	Dona de casa	União estável
G14	33	EF incompleto	Menos de um SM	Dona de casa	União Estável

(continua)

Quadro 1: Dados Sociodemográficos das participantes da pesquisa. Cuité-PB, 2013.

(continuação)

	Idade	Escolaridade	Renda Familiar	Ocupação	Estado Civil
G15	30	EF completo	Um SM	Agricultora	União estável
G16	26	EM incompleto	Menos de um SM	Dona de Casa	União estável
G17	22	EF incompleto	Menos de um SM	Dona de casa	Casada
G18	25	EM incompleto	Um SM	Vendedora	União estável
G19	27	EF completo	Menos de um SM	Agricultora	União estável
G20	31	EM completo	Dois a três SM	Professora	Casada
G21	29	EF incompleto	Um SM	Agricultora	Casada
G22	30	EM incompleto	Um SM	Dona de Casa	Casada
G23	18	EM incompleto	Um SM	Estudante	Casada
G24	20	EM incompleto	Dois a três SM	Vendedora	União Estável

Fonte: Pesquisa direta. Cuité – PB, dezembro de 2013. **Legenda:** EF= Ensino Fundamental EM= Ensino Médio SM= Salário Mínimo

Percebeu-se que, no quadro acima, a maioria das gestantes apresentou idade variando entre 20 e 33 anos e, apenas 4 (quatro) delas ficaram fora desta faixa etária. Esse dado remete ao que o MS recomenda, evidenciando esta média de idade como a ideal para uma gestação sem maiores riscos (BRASIL, 2012).

Com relação à escolaridade, 8 (oito) entrevistadas possuíam Ensino Médio Incompleto, 5 (cinco) tinham concluído o Ensino Médio, 5 (cinco) tinham o Ensino Fundamental incompleto e 6 (seis) cursaram completamente o Ensino Fundamental. Segundo Peixoto et al. (2012), é relevante destacar que o grau de instrução deve ser considerado durante a consulta pré-natal, uma vez que influencia na compreensão das informações fornecidas pelo profissional, o que reflete diretamente no cuidado com a saúde e com a gestação.

Ainda no que diz respeito ao Quadro 1, quanto à ocupação, grande parte das entrevistadas informou dedicar-se apenas ao cuidado do lar, o que suscita uma diminuição da renda familiar. Nove delas exerciam trabalho remunerado e apenas duas eram estudantes.

Frente a essa questão, sabe-se que a maternidade influencia diretamente na inserção feminina no mercado de trabalho. Por vezes, as limitações como mudança de função ou segmento profissional e redução na jornada laboral, com consequente diminuição de salários, tendem a levar as mulheres a desistirem do trabalho impondo-as a exclusividade do cuidado do lar (SOUZA; RIOS-NETO; QUEIROZ, 2013).

No quesito estado civil, 12 (doze) das entrevistadas viviam em união estável, 10 (dez) delas eram casadas e 2 (duas) eram solteiras. Salienta-se que a maioria das gestantes possuía uma família com suporte, baseada na figura de família tradicional.

Segundo Scheer (2013) a participação paterna na gestação, sobretudo no 1º trimestre, tem função relevante, pois auxilia a proteção do vínculo mãe-bebê. Deste modo, o pai atua como colaborador e incentivador, ofertando maior segurança para que o cuidado materno seja garantido.

Quadro 2: Dados Obstétricos das participantes da pesquisa. Cuité-PB, 2013.

	Idade Gestacional	Gesta	Para	Aborto
G1	2º trimestre	2	1	0
G2	2º trimestre	1	0	0
G3	1º trimestre	1	0	0
G4	3º trimestre	6	4	1
G5	3º trimestre	4	2	1
G6	2º trimestre	1	0	0
G7	3º trimestre	1	0	0
G8	3º trimestre	1	0	0
G9	3º trimestre	3	2	0
G10	2º trimestre	1	0	0
G11	3º trimestre	2	1	0
G12	2º trimestre	2	1	0
G13	1º trimestre	1	0	0
G14	2º trimestre	1	0	0

(continua)

Quadro 2: Dados Obstétricos das participantes da pesquisa. Cuité-PB, 2013.

(continuação)

	Idade Gestacional	Gesta	Para	Aborto
G15	3º trimestre	3	1	0
G16	1º trimestre	3	2	1
G17	2º trimestre	4	3	0
G18	2º trimestre	2	0	0
G19	3º trimestre	3	2	0
G20	1º trimestre	2	1	0
G21	2º trimestre	4	3	0
G22	1º trimestre	1	0	0
G23	3º trimestre	2	1	1
G24	2º trimestre	4	3	1

Fonte: Pesquisa direta. Cuité-PB, dezembro de 2013.

O Quadro 2 exibe que das 24 (vinte e quatro) gestantes entrevistadas, 10 (dez) estavam no 2º trimestre gestacional, 9 (nove) no 3º e 5 (cinco) no 1º trimestre. No que concerne ao número de gestações, percebeu-se que 9 (nove) das participantes eram primigestas, 6 (seis) estavam na segunda gestação, 4 (quatro) estavam na terceira gestação e 1 (uma) delas estava na sexta gestação.

4.2 Unidade Temática Central

Após a realização das entrevistas e transcrição das mesmas foi feita uma leitura detalhada do material, do qual surgiu a Unidade Temática Central nomeada “A visão das gestantes sobre o aconselhamento do teste rápido anti-HIV”.

Mediante as respostas fornecidas pelas entrevistadas, emergiram duas categorias, cuja titulação foi: “A realização do teste anti-HIV: dando voz às gestantes” e “A práxis do

aconselhamento na prática”, as quais estão apresentadas a seguir, propondo uma discussão mais aprofundada.

CATEGORIA 1: A realização do teste anti-HIV: dando voz às gestantes

É fundamental que ações preventivas sejam utilizadas como recursos de enfrentamento à transmissão do HIV, sendo necessário substanciar essas medidas profiláticas na assistência de pré-natal. Assim, o teste rápido configura-se como importante meio de triagem laboratorial na detecção precoce durante a gestação (MATOS et al., 2009).

A garantia de realização do teste anti-HIV em gestantes é dita como sendo o passo inicial na prevenção da TV do vírus, sendo a partir deste resultado, uma vez positivo, que se inicia a adoção das terapias recomendadas, visando à diminuição da TV. Dessa maneira, quando há falhas na cobertura diagnóstica, estas impossibilitam a adesão das medidas profiláticas. Ressalta-se que o envolvimento da equipe da AB é essencial para o alcance desta meta, haja vista que esse serviço se conforma como a porta de entrada no sistema de saúde, inclusive das gestantes quando buscam o serviço de pré-natal (FEITOSA et al., 2010).

Embora hoje seja comum a realização de ações para o enfrentamento da transmissão do vírus HIV e a massificação de informações em diferentes meios de comunicação que expõem a importância da prevenção e da detecção precoce, sobretudo durante o período gestacional, constatou-se, ao questionar sobre a importância da realização do teste rápido anti-HIV, que ainda há fragilidades quanto ao entendimento das gestantes sobre o assunto.

“É importante tirar a dúvida, né? Da saúde e da doença. Acho que é isso.” G1

“Sim. Porque é... [...] É preciso fazer né? Previne de muitas coisas.” G6

“Ah, pra ver se tem alguma doença né... que pode transmitir.” G8

“Pra saber se tem algum problema pra poder se prevenir na hora do nascimento, essas coisas.” G23

Percebe-se que existem limitações no que diz respeito à compreensão das gestantes sobre a importância da realização do teste rápido anti-HIV. Corroborando os depoimentos

acima, Costa et al. (2013), em uma pesquisa semelhante realizada em Iguatu-CE, verificaram a deficiência de informações por parte das gestantes quando indagadas acerca dos significados atribuídos à realização do teste anti-HIV.

Acredita-se que este déficit na assimilação de informações associa-se à baixa escolaridade das entrevistadas e/ou ainda às falhas no aconselhamento, visto que muitos dos profissionais que atuam na AB podem estar aprimorando a prática e implementação do aconselhamento, uma vez o processo de implantação do teste rápido é bastante recente, o que também acarreta defasagem na efetivação do mesmo.

Ao se apropriar do tema abordado e, ao se deparar com a realidade do serviço, inúmeras reflexões surgiram, dando lugar a certas inquietações, uma vez que, conhecendo o que é preconizado pelo MS e reconhecendo a diversidade de contexto no qual as usuárias se inserem, é imprescindível que haja um olhar diferenciado em relação ao pré-natal, sobretudo quando se trata da prevenção de uma doença ainda tão estigmatizada pela sociedade.

Apesar de a assistência pré-natal ser um atendimento que prioriza o amparo e o cuidado do binômio mãe-filho, não sendo vistos separadamente, mas sim como elementos interligados formadores de uma unidade, é nítida a percepção das gestantes no que tange à preocupação com a saúde do filho em detrimento de sua própria saúde.

“Porque... eu num sei nem te explicar visse? Porque é pro bem do bebê né? Aí tem que fazer.” G19

“[...] é importante fazer, até pra proteger o bebê se der positivo, porque aí ele pode ter a chance de nascer sem a doença” G14

“[...] pelo que eu sei, às vezes corre até o risco de passar pro bebê né? E também a saúde fica mais frágil. Então, se a gente sabe fica melhor de cuidar.” G7

Os depoimentos revelam um olhar materno direcionado unicamente ao seu filho, livre de preocupação do que a doença pode lhe causar. Nesse momento da discussão é mister enfatizar a educação em saúde como sendo um dispositivo eficaz na promoção à saúde, especialmente no acompanhamento pré-natal, a qual é determinante na conscientização para a mudança de hábitos e costumes, que por vezes não são salutares para o binômio materno-fetal. Na verdade, é fundamental que este método seja desenvolvido com a intenção de

permitir a troca de saberes, considerando as vivências e experiências das gestantes e dos profissionais bem como as singularidades de cada mulher.

Os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes e que buscam devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério, considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos e uma experiência especial no universo feminino (RIOS; VIEIRA, 2007).

Para os mesmos autores, a educação em saúde permitirá o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Assim, o processo educativo é essencial não só para a aquisição de conhecimento sobre o gestar e o parir, mas também para fortalecer as concepções de cada mulher como cidadã.

Neste íterim, a escuta qualificada é um subsídio fundamental para sobrepor a comunicação dialógica à prática de regulação e de controle, sendo uma tecnologia leve, da qual o profissional lança mão para otimizar as reflexões propostas durante o procedimento do aconselhamento. Pupo e Ayres (2013) afirmam como imperativa uma prática voltada para a escuta qualificada e a comunicação, sendo assim possível o acesso a emoções, sensações e significações particulares, aproveitando as riquezas e possibilidades ofertadas por esse campo interpessoal.

Mediante a leitura de materiais que tratam acerca da escuta qualificada e compreendendo-a como algo que não é utópico e pode ser real, atrevemo-nos a conceituá-la como aquela cujo profissional se abstém das técnicas normativas ou categóricas para ouvir o cliente de maneira livre, objetivando conhecê-lo e não julgá-lo, percebendo-o no seu meio. A proposta é de formação de uma identidade do usuário, é uma construção compartilhada de uma relação despida de pré-conceitos ou pré-juízos que oportunize ao usuário falar abertamente sobre sua concepção de vida e ao profissional compor uma comunicação pautada nesta concepção.

Tal conceito ratifica a necessidade de uma relação dialógica na consulta de pré-natal, pois a possibilidade do diálogo favorece uma assistência mais humanizada, já que propõe uma relação de confiança entre o profissional e a gestante, a fim de assegurar a condução do atendimento de maneira dinâmica e fomentar a conversação com vistas em novas experiências e expectativas.

Contudo, ao olhar a realidade das práticas, percebe-se que estas ações de educação em saúde ainda estão pautadas na transferência de informações. A escuta sensível é substituída por um modelo de receituário verbal com prescrições do que deve ou não ser feito, sem

considerar um diálogo que, por vezes, é mascarado por um tipo de monólogo, limitando as expressões de entendimento da gestante.

Segundo Almeida e Tanaka (2009), ao ouvir as necessidades que os usuários anseiam no cuidado à sua saúde, o profissional estabelece um vínculo com eles. Porém, quando a equipe de saúde não está sensibilizada para a importância da criação desse vínculo com a gestante, amplia-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento pré-natal e nas ações de educação em saúde.

Deste modo, é imprescindível provocar o nascimento do vínculo de confiança entre a gestante e o profissional durante o pré-natal, pois certamente criará um ambiente propício a concretizar, além das consultas de rotina, práticas que sejam efetivas no que concerne ao aconselhamento.

Para tal fim, evoca-se a necessidade de capacitação permanente dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, no sentido de incrementar o processo educativo às gestantes, haja vista que estas ações têm o poder de reduzir a assimetria na relação destas com o serviço de saúde e aprimorar a qualidade da atenção à saúde, resultando em melhorias nos indicadores de morbi/mortalidade materno-infantil (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

CATEGORIA 2: A práxis do aconselhamento na prática

A realização do teste rápido para HIV ampliou o número de pacientes soropositivos que receberam aconselhamento pós-teste, preenchendo uma lacuna entre a assistência pré-natal e o tratamento adequado em unidade hospitalar (CARVALHO et al., 2004).

Mediante o exposto, sabe-se que a descentralização do teste rápido possibilitou a realização deste procedimento nas USF's. Durante o pré-natal, é indispensável a realização deste teste, todavia, o mesmo é facultado à gestante. Neste contexto, o aconselhamento surge como uma tecnologia que, por meio de relações dialógicas e laços de confiança, permite a sensibilização da mulher no que tange à importância de fazer o teste.

A prática do aconselhamento é preconizada pelo MS e deve ser realizada antes do teste anti-HIV e antecedendo o resultado. Neste âmbito, o aconselhamento torna-se um instrumento que oportuniza a reflexão e a tomada conjunta de decisões. É alicerçado em uma relação de confiança quando o profissional propõe a escuta ativa e busca estratégias que propiciem o (re) conhecimento do usuário como sujeito determinante da sua própria condição de saúde (PASSOS et al., 2013).

Quanto ao aconselhamento na AB, este remete às propostas da Estratégia Saúde da Família (ESF) no momento em que sugere o resgate da relação de confiança entre o serviço e os usuários, ressaltando o caráter preventivo e a prática assistencial articulada em conjunto com a comunidade (MANUAL... BÁSICA, 2003?). Assim sendo, o aconselhamento no pré-natal se constitui como mecanismo determinante para a sensibilização das gestantes sobre a importância do cuidado com a saúde do binômio mãe-bebê.

É imperativo citar o caráter subjetivo do aconselhamento, visto que a mulher deve ser percebida como ser social atuante, pleno de vivências que o moldam como ser único, dinâmico e mutável, que não necessite absorver informações de forma passiva. Destarte, o profissional ao basear-se na integralidade da assistência deve considerar os sentimentos, medos e anseios das gestantes, possibilitando a construção de vínculos, o respeito à diversidade e a singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Quando questionadas sobre os sentimentos ao realizarem o teste rápido anti-HIV, uma parte das entrevistadas demonstrou medo e ansiedade com relação ao procedimento, o que é comum na maioria das vezes em que as pessoas se submetem a este tipo de exame:

“O que eu senti? Um pouco de medo porque eu achava que ia doer.” G13

“[...] a pessoa fica assim...eu pelo menos sabia que num tinha nada, mas depois que eu fiz eu fiquei mais [aliviada]” (risos). G11

“Eu achei uma coisa assim, boa né? Que as vezes a gente não sabe o que a gente sente realmente dentro da gente.” G9

“Assim, se eu disser que num tive medo eu vou tá mentindo, eu fiquei um pouquinho, a pessoa nunca sabe né? Mas graças a Deus deu tudo certo.” G18

Ademais, algumas gestantes expressaram sentimentos de desconfiança e insegurança no que diz respeito à relação conjugal, como pode ser verificado a seguir:

“Fiquei bem feliz porque assim, você sabe que nos dias de hoje, assim, por mais que a gente

seja casada né? A gente nunca deve confiar demais no marido.” G10

“[...] A gente diz que confia nos maridos, mas ninguém sabe o que é que acontece de verdade né? O certo é saber logo.” G20

Neste cenário, é interessante comentar sobre a vulnerabilidade feminina ao HIV, mesmo em relações estáveis. Em tempos de IST's, as mulheres demonstram a falta de confiança da fidelidade do marido e percebem-se como predispostas, no entanto, pela posição de subordinação ainda presente nas uniões, não discutem sobre o uso de preservativo, pois temem parecer sinal de infidelidade ou desconfiança (BASTOS et al., 2013).

A necessidade do acesso ao rol de emoções que permeiam esta fase da vida da mulher como forma de melhorar o cuidado é indiscutível. Os anseios das gestantes devem ser ouvidos e discutidos, a fim de manter a dialogicidade e a relação de confiança, pontes para uma assistência humanizada e para um aconselhamento efetivo.

Ayres (2009, p.14) ressalta que a integralidade da assistência “nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um”. Sob este prisma, olhar a gestante de maneira integral, vai além de percebê-la no seu contexto, é estar atento às vulnerabilidades concretas e às subjetividades visíveis, recriando os modos de fazer o cuidado no cotidiano das práticas.

Ao recriar o cuidado, o profissional deve lançar mão de métodos que priorizem a conversação, sendo o aconselhamento um valioso dispositivo que pode ser utilizado durante a consulta de pré-natal, na busca de uma relação de parceria entre o profissional e a gestante.

Quando indagadas sobre a realização do aconselhamento, todas as gestantes referiram que o mesmo foi feito antes e depois do teste rápido. Este resultado contrapõe-se aos achados de uma pesquisa de mesmo teor desenvolvida por Araújo, Vieira e Galvão (2011), onde se observou que os profissionais não realizavam o aconselhamento e restringiam-se em incluir o teste anti-HIV junto aos exames de rotina.

As gestantes que colaboraram com o presente estudo ainda foram arguidas sobre qual profissional realizou o aconselhamento e todas afirmaram ter sido a Enfermeira, a qual também fazia o acompanhamento do pré-natal.

“Foi a doutora [enfermeira] que acompanhou o meu... [pré-natal] e fez o exame.”.G2

“Foi a que faz o pré-natal, a enfermeira” G23

“Foi a enfermeira que conversou comigo.”
G18

O Enfermeiro da AB, tendo respaldo legal para realizar a assistência pré-natal de baixo-risco, exerce papéis que vão além de sua competência de garantir a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal ou de realizar procedimentos técnicos. Também é de sua responsabilidade ações que demandem dedicação e empenho. Deve estar sempre disposto a ouvir e perceber as inquietações das gestantes, ajudando-as a conduzir a experiência da maternidade com a sabedoria e autonomia (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013).

Entretanto, um estudo realizado por Nogueira (2010), em Ribeirão Preto-SP, identificou que a atuação do enfermeiro na AB comumente é atrelada à sobrecarga de trabalho, o que pode comprometer a qualidade da assistência pré-natal ofertada.

Salienta-se que determinadas mulheres quando cientes do resultado negativo aumentam seu comportamento de risco, enxergando a negatividade como imunidade. Há casos em que interpretam o negativo como “mau” e o positivo como “bom”. Sendo assim, cabe ao enfermeiro assegurar a compreensão da gestante e esclarecer as implicações emocionais, legais e médicas qualquer que seja o resultado (LOWDERMILK, 2002).

É oportuno enfatizar a importância da atuação médica durante o pré-natal, principalmente no que diz respeito ao aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, pois sua participação é essencial para a integralidade do cuidado, uma vez que médicos e enfermeiros desempenham papéis distintos, mas complementares.

Ainda neste contexto, compreende-se que a ausência do profissional médico no aconselhamento é uma séria fragilidade do serviço, sendo algo que compromete o funcionamento do trabalho multiprofissional, gerando também uma ruptura no elo que poderia e deveria ser criado entre a equipe e a comunidade.

No tocante à satisfação das gestantes acerca do aconselhamento, o predomínio foi de respostas positivas quanto a esta conduta, como revelado nos depoimentos abaixo:

“Foi satisfatório. [...] porque tanto ela explicou como é, como falou né, pra que se desse positivo não tivesse medo porque fazia o tratamento pra criança num nascer (com a doença), né?” G4

“Satisfatório. Porque fez eu fazer uma coisa que eu não queria [...] antes de engravidar. E quando eu engravidei, através da conversa dela eu consegui fazer. Mudei minha... [opinião]. Porque eu tinha vergonha.” G12

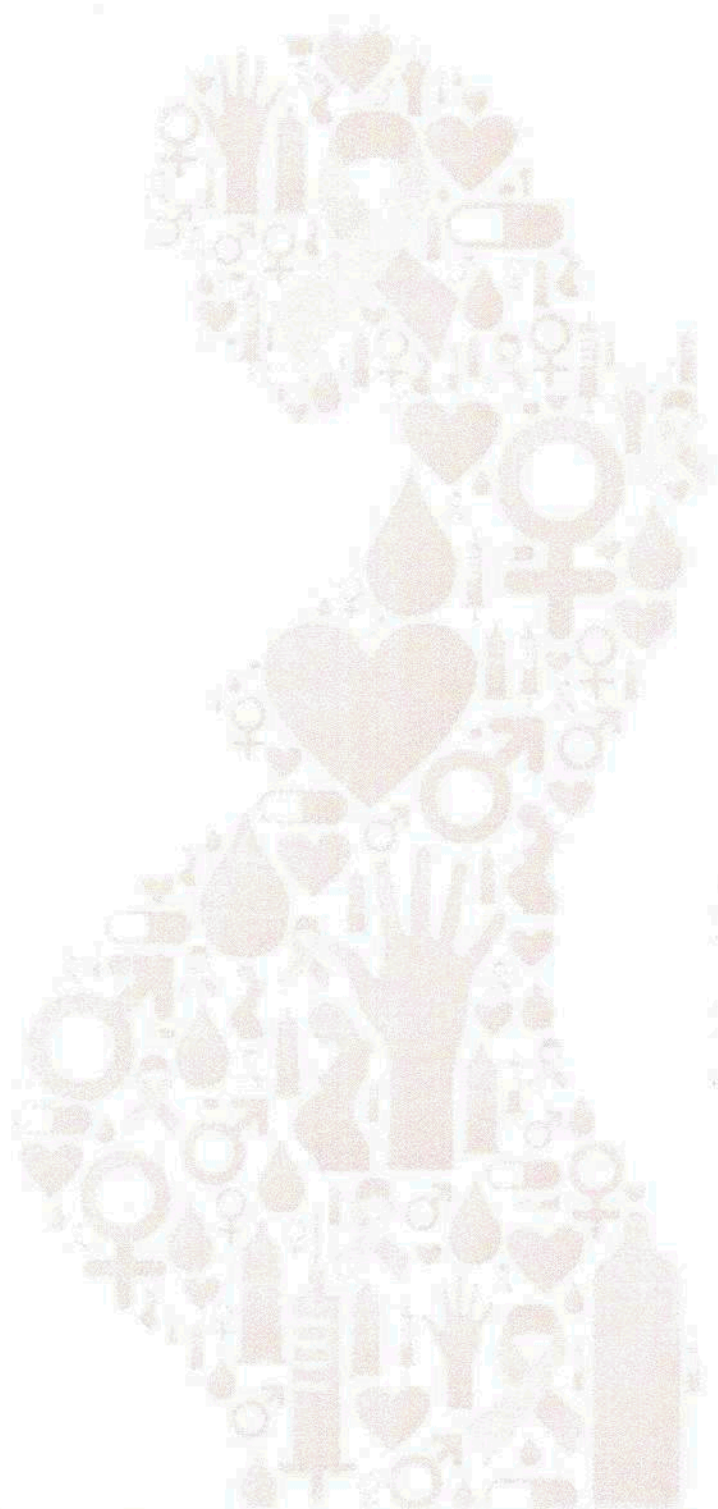
“Satisfatório. [...] tem médico que a gente vai que eles nem se preocupa, nem examina direito. E ela não é bem... Ela é melhor do que o médico.” G11

Ressalta-se o caráter de instrução que o aconselhamento ainda assume na AB, sendo fundamental uma nova configuração desta prática, haja vista que a escuta ativa e qualificada é frequentemente substituída por exposições de informações e coleta de dados a respeito do usuário, o que vai de encontro ao que preconiza o MS: a articulação de um diálogo no intuito de construir relações de confiança (GALLINDO; FRANCISCO; RIOS, 2013).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes da experiência da gravidez e desempenham importante papel durante toda a assistência pré-natal. Sendo médicos, enfermeiros e/ou outros profissionais da saúde, têm a possibilidade de implementar o seu conhecimento na prática à serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (RODRIGUES; CARNEIRO; PIVATTO, 2008).

Nesta conjuntura, verifica-se que, por ser uma abordagem ainda recente na AB, a prática do aconselhamento demonstra fragilidades no que concerne ao seu caráter de relação se antepor ao de instrução. O procedimento do aconselhamento do teste rápido, para que de fato alcance os objetivos propostos requer, por parte dos profissionais, uma sensibilização mais apurada, capaz de perceber as limitações de entendimento das usuárias, o contexto social no qual elas vivem, os seus projetos de vida e as suas capacidades de mudança, percebendo-se como seres autônomos.

Vale por fim, ressaltar, a necessidade de humanização das práticas de saúde, as quais devem contemplar a valorização da usuária como ser passível de erros e ainda responsável pela sua vida. Como dona de sua saúde, deve-se entendê-la como um estado de bem estar flexível e inconstante, à medida que o ser humano também o é.



Considerações finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aconselhamento no contexto da prevenção da transmissão do HIV exige por parte do profissional um olhar amplo que permita a apreciação das vivências do usuário e que, a partir de então, promova uma relação de confiança e dialogicidade deste com o profissional, a fim de encorajar, entre outras posturas, o autocuidado.

Os resultados foram reunidos a partir do roteiro de entrevista, o qual abrangeu a caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres. Elas apresentavam idade entre 20 e 33 anos, a maior parte não tinha concluído o Ensino Médio e não exercia atividade remunerada, dedicando-se apenas ao cuidado do lar. No item estado civil, 12 (doze) das entrevistadas viviam em união estável, 10 (dez) delas eram casadas e 2 (duas) eram solteiras. Com relação aos dados obstétricos, observou-se que das 24 (vinte e quatro) gestantes, 10 (dez) estavam no 2º trimestre gestacional, 9 (nove) das participantes eram primigestas, 6 (seis) estavam na segunda gestação, 4 (quatro) vivenciavam a terceira gestação e uma delas estava na sexta gestação.

Considerando os discursos obtidos neste estudo, conformou-se a Unidade Temática Central: “A visão das gestantes sobre o aconselhamento do teste rápido anti-HIV”, da qual emergiram duas categorias, a saber: “A realização do teste anti- HIV: dando voz às gestantes” e “A práxis do aconselhamento na prática”. Constatou-se a existência de uma série de fragilidades na prática do aconselhamento na AB, as quais influenciam no real objetivo deste método. É inegável a eficácia do aconselhamento no que se refere à adesão das gestantes à realização do teste rápido anti-HIV, contudo, esta técnica ultrapassa certos paradigmas, pois sugere um olhar mais abrangente, que vislumbre as subjetividades na assistência e que possibilite tornar a usuária capaz de se autoavaliar no sentido de como ela se propõe a viver, sendo livre de julgamentos ou apontamentos.

A primeira categoria propiciou um debate sobre a percepção destas a respeito da importância de realizar o teste rápido anti-HIV, sendo demonstrada a necessidade de reavaliação das ações de educação em saúde utilizadas pelos profissionais, uma vez que se evidenciou o pouco conhecimento das gestantes sobre a temática, apesar de afirmarem a vivência no aconselhamento.

Na segunda categoria se discutiu acerca da realização da prática do aconselhamento. O que se verificou, de acordo com as falas, é que o profissional mais envolvido neste processo é o enfermeiro, o que também possui maior contato com as gestantes durante a assistência pré-

natal. Além disso, ficou claro o cunho informativo que o aconselhamento assumiu neste cenário, o que foge do pretendido pelo MS ao descentralizar o teste rápido para a AB juntamente com esta prática.

Portanto, acredita-se que a sensibilização dos profissionais, sobretudo dos enfermeiros e médicos, acerca da relevância deste procedimento para a prevenção da TV do vírus HIV, seja urgente, tendo em vista que a gestante, uma vez aconselhada, pode reproduzir um novo modo de autocuidado,

A construção de um vínculo entre a gestante e o profissional torna-se o pilar para a qualidade do aconselhamento. Assim, é primordial qualificar a equipe de saúde com base nas premissas do MS para o aconselhamento na AB, no intuito de desconstruir a visão de prescrição e conceber uma nova atuação em educação e saúde.

Todavia, sabe-se que a grande demanda de usuários que buscam atendimento nas USF's e a sobrecarga de trabalho delegada aos profissionais atuantes, em especial ao enfermeiro, que desempenha papel assistencial, burocrático e administrativo, por vezes impossibilita uma assistência pré-natal humanizada e pautada nas relações dialógicas.

Como alternativa para a superação desses entraves, propõe-se a capacitação de profissionais de nível técnico, para que estes possam desempenhar a função de aconselhores, como recomenda o MS, com o propósito de melhorar a qualidade de assistência prestada. Ademais, infere-se que novas pesquisas sejam realizadas nesta área, para que novas estratégias possam surgir em prol da melhoria do cuidado à gestante e, como consequência, ao filho que está em seu ventre.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; ARAÚJO, C. L. F. Aconselhamento coletivo pré-teste anti-hiv no pré-natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2009.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Aconselhamento pré e pós-teste anti HIV em gestantes em Fortaleza, Ceará. **Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 2, p. 18-27, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. supl. 2, p. 11-23, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, V. L. et al. Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/AIDS à terapia antiretroviral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a10.pdf>> Acesso em: 26 ago. 2013.

BASTOS, D. C. et al. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 3, p. 330-336, Rio de Janeiro, 2013.

BENAZZI, A. S. T. et al. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV da gestante na atenção básica. **Cadernos de Pesquisa**, v. 19, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/935/623>> Acesso em: 30 ago. 2013.

BEZERRA, E. O. et al. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 5, 2012. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1167/pdf>> Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 569**, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 01/09/2013.

BRITO, A.; CASTILHO, A.; SZWARCOWALD, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

BROTAS, M. S.; MELO, A. S. A. F. Concepções dos estudantes de enfermagem da universidade estadual de Feira de Santana sobre HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/205/pdf_20> Acesso em: 26 de agosto de 2013.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, p. 1217-1226, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/031.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2013.

CARVALHO, R. L. et al. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 26, n. 4, p. 325-328, 2004.

CARVALHO, F. T. et al. Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/Aids: uma revisão da literatura. **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, n. 3, 2009.

CAVALCANTE, A. C. P. **Atenção pré-natal na rede básica de saúde: caracterização da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem no município de Campina**

Grande – PB. 2011. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, 2011.

COSTA, G. R. C. et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1005-1009, 2010.

COSTA, M. S. et al. HIV testing: Knowledge, meanings and experiences of pregnant women. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 3, p. 10-17, 2013.

CUNHA, M. A. **Assistência pré natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco – AC:** Contribuição para o estudo da atenção qualificada ao ciclo gravídico-puerperal. 2008. Tese (Enfermagem em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. 2008.

DUARTE, G. et al. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 23, n. 02, 2001. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v23n2/11374.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2013.

DUARTE, S. J. H.; BORGES, A. P.; ARRUDA, G. L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2011..

FEITOSA, J. A. et al. Aconselhamento do pré-teste anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante; Preevaluación del antiVIH en el prenatal: percepciones de la gestante. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 559-564, 2010. Disponível:
<<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a10.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2013.

FONSECA, M. G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996 AIDS and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986 to 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. Sup 1, p. 77-87, 2000.

GALINDO, W. C. M.; FRANCISCO, Ana. L.; RIOS, L. F. A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/Aids. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 989-1004, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008a.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo, Atlas, 2008b.

GRANGEIRO, A. et al. Avaliação do perfil tecnológico dos Centros de Testagem e Aconselhamento para HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 43, n. 3, p. 427-36, 2009.

GRIEP, R. H.; ARAÚJO, C. L. F. BATISTA, S. M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 119-126, 2005.

GUEDES, T.G. et al. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS. **DST-J Bras Doenças Sex Transm.**, vol. 21, n. 03, p. 118-23, 2009. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista21-3-2009/4-Mulheres-Monogamicas.pdf>> Acesso em: 07 ago. 2013.

GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/70/73> Acesso em: 07 ago. 2013.

HENRIQUES, M. R. M; DE LIMA, E. A. R. Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, 2009. Disponível em: <http://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a21.pdf> Acesso em: 05 jun. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: Resultados Gerais da Amostra. 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/1JNE8>> Acesso em: 22 ago. 2013.

KONOPKA CK, et al. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, vol. 32, n. 04, p. 184-90, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a06.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2013.

LOWDERMILK, D. L. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

MALISKA I. C. A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 30, n. 01, p. 85-91, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5966>> Acesso em: 09 jun. 2013.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S.; SILVA, D. M. G. V. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, vol. 6, n. 4, p. 471-478, 2007.

MANUAL DE ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/Aids PARA A ATENÇÃO BÁSICA [S.l.: s.n.], 2003?

MARTINS, J. S. A. et al.. A assistência de enfermagem no pré-natal: enfoque na Estratégia da Saúde da Família. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo (RJ), v. 5, n. 9, p. 278-88, jan-abr: 2012.

MATOS, S. D. et al. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 122-30, abr-jun: 2009.

MATOS, D. S., RODRIGUES, M. S.; RODRIGUES, T.S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da Família em um município de Minas Gerais. **Rev. Enfermagem Revista**, vol. 16, n. 01, p. 18-33, jan-abr: 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2006.

MISUTA, N. M. et al. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 8, n. 2, p. 197-205, 2008.

MORAIS, R.R. Um olhar sobre a feminização da AIDS no Brasil. Dissertação (Mestrado) UnB/UFG/UFMS, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8138/1/2006_Regina%20Rodrigues%20de%20Mora%20rais.pdf> Acesso em: 10 jun. 2013.

NOGUEIRA, L. D. P. **Caracterização da assistência pré-natal prestadas por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo gravídico-puerperal no município de Ribeirão Preto-SP.** 2010. 108f. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2010.

PASSOS, S. C. S.; DE OLIVEIRA et al. Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 2, p. 278-87, 2013.

PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2012.

PEREIRA, P. G. **Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no estado do Rio de Janeiro:** a percepção dos usuários e profissionais de saúde. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.

PEREIRA, A.J.; NICHATA, L.Y.I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 7, p. 3249-57, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

PUPO, L. R.; AYRES, J. R. C. M. Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento em DST/Aids. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 1089-1106, 2013.

RAIMUNDO, J. S. CADETE, M.M.M **Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde.** *Acta Paul Enferm*;v. 25, n. 2, p. 61-7, 2012.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Cienc Saude Colet**. 12(2):477-86, 2007.

RODRIGUES, I.; CARNEIRO, I.S.S.; PIVATTO, L. F. Exame anti-HIV na gestante: conhecimentos das puérperas. **Boletim de Enfermagem**. 2(1);57-71, 2008.

SCHEER, D. H. **A função paterna primária: o lugar do pai durante a gestação e no início da vida do bebê.** 2013. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, F. F. A. **Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, 2007/ 2008.**2010. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

SILVA, S. F. R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, vol. 42, n. 03, p. 209-12, 2010. Disponível em:
<http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_42_03/rbac_42_v3_012.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2013.

SILVA, S. M. B. **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): caminhos e trilhas em construção.** 2004. [Tese].Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SOARES, P.S.; BRANDÃO, E. R. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. **Saúde Soc**, v. 21, n. 4, p. 940-953, 2012.

SOUSA, A. M. **Diferenças históricas, espaciais, sociais e por grupos de idade da razão de sexo, na população internada pelo SUS por HIV.** 2011. [Tese]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

SOUSA, A. M. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. **Journal of Management and Primary Health Care**, vol. 3, n. 1, p. 62-66, 2012. Disponível em:
<<http://jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/38/34>> Acesso em: 17 jun. 2013.

SOUZA, B. C.; BERNARDO, A. R. C.; SANTANA, L. S.. O papel do enfermeiro no pré-natal realizado no Programa de Saúde da Família–PSF. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 4, p. 83-94, 2013.

SOUZA, V.B.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. abr/jun;13(2):199-210, 2011. Disponível em:
http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a06.htm. Acesso em: 20 mar. 2014.

SOUZA, S. R. **Transmissão vertical do HIV no Estado de São Paulo, Brasil: a perspectiva das mulheres.** 2011. Tese (Dourado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno-Infantil, 2011.

SOUZA, L. R.; RIOS-NETO, E. L. G.; QUEIROZ, B. L. A relação entre parturição e trabalho feminino no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 1, p. 57-79, 2013.

VIEIRA, S. M. et al.. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 20 (esp), p. 255-62, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>> Acesso em: 30 ago. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada “**Teste rápido anti-HIV na Atenção Básica: o aconselhamento na perspectiva das gestantes**” e está sendo desenvolvida por **Cecília Mayara Santos Feitosa**, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da Prof^aMSc. Janaína von Söhsten Trigueiro. A mesma possui como objetivos: Avaliar o processo de aconselhamento sob a ótica de gestantes que se submeteram ao teste rápido anti-HIV em Unidades de Saúde da Família do município de Cuité-PB; Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétricos das gestantes; analisar o significado da realização do teste rápido anti-HIV para as gestantes; identificar as potencialidades e fragilidades do aconselhamento realizado pelos profissionais no ponto de vista das gestantes.

Seu desenvolvimento justifica-se pelo interesse em obter informações que possibilitem analisar a realidade do aconselhamento em relação ao teste rápido anti HIV durante o atendimento pré-natal, a fim de subsidiar o serviço a partir das lacunas existentes.

Os dados serão coletados por meio de um questionário constituído por questões objetivas, dividido em três partes: a primeira abará os dados sociodemográficos, a segunda abrangerá os dados obstétricos da amostra e a terceira conterá as questões norteadoras da pesquisa. Os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e, posteriormente, podendo ser divulgados na íntegra ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional.

Desse modo, solicitamos sua contribuição voluntária e informamos que será garantido seu anonimato, assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou de desistir da mesma. Além disso, esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, não oferece riscos para os participantes e nem quaisquer tipos de financiamento quanto à participação.

Os pesquisadores¹ estarão à disposição para esclarecer qualquer dúvida em todas as etapas da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da minha participação e concordo em colaborar. Afirmo que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento, assinada por mim e pelas pesquisadoras, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité-PB, ____ / ____ / 2013.

Janaína von Söhsten Trigueiro
Pesquisadora responsável

Cecília Mayara Santos Feitosa
Pesquisadora Participante

Participante da pesquisa

¹**Endereço profissional da pesquisadora responsável:** Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Rua: Olho D’ Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil CEP: 58175-000. Telefone (83) 33721900; e-mail janavs_23@hotmail.com; **Contato do Comitê de Ética:** Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

➤ DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1) Idade: _____

2) Escolaridade:

- () Ensino fundamental incompleto
 () Ensino fundamental completo
 () Ensino Médio incompleto

- () Ensino Médio completo
 () Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo

3) Renda Familiar:

- () menos de um salário mínimo
 () um salário mínimo
 () dois a três salários mínimos

- () quatro a cinco salários mínimos
 () mais que cinco salários mínimos

4) Ocupação: _____

5) Estado civil:

- () Solteira () União estável
 () Casada () Divorciada

() Viúva

➤ DADOS OBSTÉTRICOS:

6) Idade gestacional no momento da coleta:

- () 1º trimestre (1 a 13 semanas)
 () 2º trimestre (entre 14 a 27 semanas)
 () 3º trimestre (Acima de 28 semanas)

7) Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____

➤ QUESTÕES NORTEADORAS:

8) Você acha importante realizar o teste anti-HIV?

- () Sim
 () Não

Por quê?

9)O que você sentiu ao realizar o teste rápido anti-HIV? Por quê?

10)Você foi aconselhada a realizar o teste rápido anti-HIV?

- Sim
 Não

11)O aconselhamento aconteceu antes e depois da realização do teste rápido anti-HIV?

- Sim
 Não

12)Qual profissional realizou o aconselhamento do teste rápido anti-HIV?

- Enfermeiro
 Médico
 Outro: _____

13)Você considera que o aconselhamento realizado pelo profissional foi:

- Satisfatório
 Insatisfatório

Por quê?

ANEXOS

UFPA BIBLIOTECA

ANEXO A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO I

Ilmo. Sr. Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde de Cuité-PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda **Cecília Mayara Santos Feitosa**, matrícula nº 509120096, CPF nº 073.122.714-05, está realizando uma pesquisa intitulada por **“Teste rápido anti HIV na Atenção Básica: o aconselhamento na perspectiva das gestantes”**, sob orientação da professora MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro, a qual necessita coletar dados que subsidiem este estudo junto aos órgãos competentes por esses serviços como as equipes da Estratégia de Saúde da Família do referido município.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso da graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização no relatório final da investigação do nome dos órgãos já citados. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B**TERMO DE AUTORIZAÇÃO II**

Ilma. Sr.^a Kathy Daniella Figueiredo Melo
Coordenadora da Atenção Básica de Cuité-PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda **Cecília Mayara Santos Feitosa**, nº 509120096, CPF nº 073.122.714-05, está realizando uma pesquisa intitulada por **“Teste rápido anti-HIV na Atenção Básica: o aconselhamento na perspectiva das gestantes”**, sob orientação da professora MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro, a qual necessita coletar dados que subsidiem este estudo junto aos órgãos competentes por esses serviços como as equipes da Estratégia de Saúde da Família do referido município.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso da graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização no relatório final da investigação do nome dos órgãos já citados. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente.

Cuité, ____ de _____ de 2013.

Kathy Daniella Figueiredo
Coordenação da Atenção Básica

ANEXO C

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Declaramos, para os devidos fins de direito, que a pesquisa intitulada “**Teste rápido anti HIV na Atenção Básica: o aconselhamento na perspectiva das gestantes**” que será realizada pela aluna **Cecília Mayara Santos Feitosa** sob orientação da Prof^aMSc. Janaína von Söhsten Trigueiro, cumprirá fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução n° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto n° 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que asseguram os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Desse modo, reafirmamos nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito participante, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Cuité, ____ de _____ de 2013.

Cecília Mayara Santos Feitosa
(Orientanda - Pesquisadora)

Janaína von Söhsten Trigueiro
(Pesquisadora responsável)

ANEXO D

TERMO DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE TCC NA PLATBR

Declaro, para fim de proceder à submissão na PLATBR do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Cecília Mayara Santos Feitosa, intitulado “**Teste rápido anti HIV na Atenção Básica: o aconselhamento na perspectiva das gestantes**”, que foram realizadas todas as modificações propostas pela Banca Examinadora e aprovadas pela aluna, autora do trabalho e sua orientadora, estando o mesmo pronto para submissão a PLATBR para apreciação ética nesse Comitê de Ética em Pesquisa, aguardando o pronunciamento deste, para o início da pesquisa.

Eu, Janaína von Söhsten Trigueiro, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso em foco, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cuité, ____ de ____ de 2013.

Prof.^a Janaína von Söhsten Trigueiro
Mestre em Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem
Universidade Federal de Campina Grande- Campus Cuité

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TESTE RÁPIDO ANTI HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: O ACONSELHAMENTO NA PERSPECTIVA DAS GESTANTES

Pesquisador: JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

Versão: 2

CAAE: 23161513.3.0000.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da UFCG

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 081463/2013

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br